Rok LIII. Kraków, dnia 2. maja 1914. Nr 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Moczówka prosta w świetle najnowszych badań

podał

Zygmunt Dziembowski jun. z Poznania.

(Dokończenie).

Jakże więc wobec tego można sobie wytłómaczyć powstanie moczówki prostej przez podrażnienie tylnej części przysadki w doświadczeniach, o których mówiliśmy powyżej? E. Frank twierdzi, że drażnienie tej części wywołuje stan ogólnego podrażnienia całego gruczołu i przez to zwiększenie jego czynności. Taksamo mogłyby działać guzy w tylnej jamie czaszkowej, wodogłowie i zapalenie opon mózgowych. Wzmożone bowiem ciśnienie w komorach mózgowych wywołuje rozdęcie lejka mózgowego, przez co powstaje mechaniczne podrażnienie środkowej części przysadki mózgowej. Za tem przemawiają przypadki zapalenia opon mózgowych i wodogłowia, w których wskutek ucisku na przysadkę wytwarza się obustronne niedowidzenie skroniowe, albo stwierdzona przez Goldsteina dystrophia adiposo-genitalis. Dlatego też przypuszcza E. Frank, że większa część przypadków moczówki prostej, które uważano za swoiste. polega na wodogłowiu nieznacznem tylko, które dlatego właśnie nie wywołuje innych objawów, jak tylko moczówkę. Frank zalicza nawet do tego rodzaju moczówek i te przypadki, w których choroba wystąpiła wskutek urazu, twierdząc, że uraz podrażnił środkową część przysadki. Jako dowod dla teoryi Franka służyć mogą przypadki Redsloba i Langego, w których po urazach wystąpiła moczówka prosta i obustronne niedowidzenie skroniowe. Na pytanie, dlaczego moczówka, wywołana w ten sposób, nie ustaje, odpowiada Frank, tłómacząc, że uraz wywołuje wybroczyny lub później jakieś blizny, które drażnią przysadkę w dalszym ciągu.

Za słusznością tej teoryi przemawiają wszystkie przypadki, opisane w literaturze, w których zmiany chorobowe wywoływały te same warunki, jak wspomniane już doświadczenia, w których drażniono przysadkę mózgową. W jednym takim przypadku (Hagenbach) wykazała sekcya ognisko gruźlicze w lejku mózgowym. W innym przypadku, opisanym przez Rosenhaupta, stwierdzono mięsaka, wychodzącego z przedniej części przysadki. Jako najważniejszy dowód dla swej teoryi przytacza E. Frank własne spostrzeżenie, dotyczące chorego, który przy zamachu samobójczym strzelił sobie w skroń. Po pewnym czasie zauważył chory u siebie zanik czynności płciowych, wzmagającą się otyłość i moczówkę prostą. Prześwietlenie wykazało, że kula utkwiła ponad siodłem w mózgu.

Zaznaczam nakoniec, że Frank i te przypadki zalicza do tej grupy etyologicznie odrębnej, w których moczówka prosta wystąpiła po przebytej kile, twierdząc, że choroba ta uszkodziła przysadkę. Przyznać trzeba, że zdarzają się rzeczywiście przypadki moczówki prostej, w których, jak wiemy, zachodziły zmiany kiłowe przysadki. Myślę jednakowoż, że pod tym względem teorya Franka idzie za daleko.

Tak się przedstawiała do niedawnego jeszcze czasu sprawa wpływu przysadki na wytwarzanie się moczówki prostej. Tymczasem w ostatnich tygodniach ukazały się dwie prace, które wręcz przeciwnie dowodzą, że nie nadmierna czynność przysadki, ale raczej brak czynności wywołuje tę chorobę. Von den Velden bowiem wykazał doświadczeniami na ludziach zdrowych i w jednym przypadku moczówki prostej, wstrzykując wyciąg z tylnej części przysadki, że moczówka polega na hypofunkcyi tego narządu. To samo zauważył Farmi. Niezwykle ciekawe były wreszcie wyniki badań, które podjął Römer. Autor ten bowiem zauważył, że po skaleczeniu przysadki, albo też po zamknięciu lejka mózgowego, które sprawia, że przysadka nie ma już połączenia z narządem naczyniowo-limfatycznym w komorach mózgowych, występuje silne wydzielanie moczu u zwierząt. Przy dalszych badaniach okazało się, że po wstrzyknięciu wyciągu z przysadki, pochodzącego z fabryki chemicznej w Aubing (Dr M. Bloch) i zawierającego znaną nam substancyę kolloidalną z przysadki bydląt, zmniejsza się ilość wydzielanego moczu. Próby natomiast z pituitryną i pituglandolem nie wypadły rozstrzygająco Wobec tych doświadczeń Römera i podobnych von den Veldena, utrzymuje Römer, że substancya koloidalna powstrzymuje wydzielanie moczu. Jakże więc pogodzić te doświadczenia z wynikiem badań Schäfera? Römer stara się tłómaczyć to przypuszczeniem, iż część środkowa przysadki wydziela substancyę, która powstrzymuje tworzenie się moczu, tylna zaś tę czynność nerek wzmaga. To swoje twierdzenie opiera Römer także i na doświadczeniu klinicznem, gdyż widział przypadek moczówki pro-

stej, w którym guz, jak to wykazała sekcya, zamykał lejek mózgowy.

Nie mogę tutaj pominąć badań Römera nad sposobem, w jaki działa owa substancya koloidalna. Tak samo on, jak i von den Velden, stwierdzili, że substancya ta, wstrzyknięta zwierzęciu do żyły, nie działa prędzej, jak dopiero po godzinie. Ponieważ to działanie jest tak późne, przeto Römer przypuszcza, że widocznie substancya koloidalna nie działa wprost na nerki, tylko na ośrodki nerwowe. Zdaje się, że z krwią dostając się do mózgu, działa tam wprost na ośrodki, od których jest zależne wydzielanie moczu. Zwracam jednakowoż uwagę, że zdanie to jest bardzo problematyczne, gdyż dotychczas jeszcze nie stwierdzono tej wydzieliny z przysadki w cieczy mózgowej. (Falta).

Wszystkie powyższe wywody i doświadczenia Franka i Römera dowodzą wyraźnie, że przysadka mózgowa odgrywa w anatomii patologicznej moczówki prostej niepomierną rolę. Atoli dziś nie można na pewno powiedzieć, czy narząd ten wpływa na hyperfunkcyę czy też na hypofunkcyę nerek, czy też może, jak twierdzi Römer, na jedną i drugą.

Wiadomo już od dawna, że moczówka prosta występuje wskutek kiły. W danym przypadku moczówki wykazują ten związek przyczynowy odpowiednie objawy kliniczne, odczyn Wassermanna, albo leczenie swoiste (ex juvantibus). Frank odnosi moczówkę w tych przypadkach do dawniejszych zmian kiłowych w przysadce lub w jej okolicy. Tymczasem, jak już powyżej nadmieniłem, nie udaje nam się zawsze w takich razach znaleść zmian w przysadce, i, jak wiemy z literatury, spostrzegano wtedy często zmiany kiłowe w innych częściach mózgu. Natomiast uważać musimy zdanie Ebsteina, który uważał zmiany kiłowe w rdzeniu kręgowym w moczówce za powód tej choroby, wprost za mylne.

Zresztą musimy przyznać, że kiła jest często jedynym, że się tak wyrażę, towarzyszem moczówki prostej. Sprawa ta jest dlatego ważna, że leczenie swoiste daje wtedy niezwykle dobre wyniki Czy dlatego właśnie nie trzeba z Frankiem przypuszczać, że istnieją wtedy zmiany kiłowe w przysadce, rozstrzygnąć trudno.

Należy tutaj wspomnieć o teoryi Steigera, który twierdzi, że w wielu przypadkach moczówka prosta występuje wskutek stanu podrażnienia nerwu błędnego (vagotonus). Autor ten bowiem widział przypadek, w którym zauważył oprócz moczówki takie objawy, jak łzawienie, silne poty, pokrzywka, podmiotowe objawy sercowe w połączeniu z przyspieszeniem tętna, lekki objaw Graefego i odbijanie kwaśne. Gdy Steiger temu choremu wstrzyknął pilokarpinę, poty wzmogły się znacznie, ilość uderzeń tętna zmniejszyła się, a w czasie wdechu czynność serca była przyspieszona, przy wydechu zaś wolniejsza. Jak z tego widać, był u tego chorego układ nerwu błędnego w stanie podrażnienia (vagotonus) i pilokarpina wywoływała bardzo silny odczyn. Przytem było można stwierdzić, że środek ten wzmagał równocześnie ilość moczu, natomiast atropina, którą później wstrzyknięto, powstrzymywała wydzielanie moczu, aczkolwiek tylko na krótko. Steiger przypuszcza, że taki stan bywa wywołany przez działanie hormonów, wydzielanych przez pewne gruczoły.

Dla wyświetlenia tej sprawy ważne są doświadczenia, które wykonał H. Veil, badając białkomocz okresowy, przyczem stwierdził wpływ podrażnienia nerwu błędnego (vagotonus) na wydzielanie moczu. W jednym bowiem przypadku, w którym zachodził białkomocz okresowy, wykazał Veil, przez wstrzyknięcie adrenaliny, atropiny, względnie pilokarpiny, że u chorego tego istniał stan podrażnienia nerwu błędnego. Z tego doświadczenia wynikałoby, że stan pewnego podrażnienia nerwu błędnego ma rzeczywiście wpływ na rodzaj wydzielania moczu. To też bardzo słusznie upomina Steiger, żeby w przypadkach moczówki prostej pomyśleć zawsze o tym właśnie czynniku etyologicznym i zastosować atropinę, względnie pilokarpinę, żeby zapomocą tych środków wykryć stan podrażnienia nerwu błędnego (vagotonus), który mógłby zresztą występować bez innych objawów tego stanu chorobowego.

Jak wiadomo, spostrzegano moczówkę prostą przy bardzo wielu innych chorobach, których wszystkich niepodobna wyliczać. Natomiast muszę przytoczyć przypadek moczówki prostej, opisany przez Lenka, w którym to przypadku zauważył on białaczkę ostrą z wielką ilością komórek szpikowych we krwi. Moczówka była w tym przypadku dlatego znamienna, że po zażyciu 10 gr. soli kuchennej zgęszczenie moczu pod względem tej soli się wzmagało, ogólna zaś koncentracya moczu wcale nie wzrastała, a zatem zachodziło zgęszczenie wyrównujące na korzyść soli kuchennej. Chodziło w tym przypadku o to, czy białaczka ma związek z moczówką prostą. Sprawy tej na mocy tego jednego przypadku rozsądzić nie można, szczególniej, że znaleziono u tego chorego przytem jeszcze niedokształcenie narządów płciowych, będące wyrazem stanu grasiczno-limfatycznego, przy którym znów moczówka często się zdarza (Pribram, Engel, Strauss, Rosendorff, Unna). Byłby zatem ten przypadek dalszym jeszcze dowodem na to, że wydzielanie wewnętrzne ma wpływ na powstanie moczówki.

Nie należy się także zapominać, że stwardnienie tętnic w ośrodkowym układzie nerwowym może wywołać moczówkę przez zaburzenia w krążeniu krwi. Tosamo zdarzyć się może przy zaniku nerek, ale nie dlatego, że sprawność wydzielnicza nerek dla zgęszczonego moczu w tej chorobie się zmniejszyła, tylko, że wskutek zatrzymywania się soli w ustroju powstaje pragnienie, a to znów wtórorzędnie powoduje moczówkę.

Nakoniec pragnę zwrócić uwagę na fakt, nieraz spostrzegany, że cukrzyca zamienia się czasem w moczówkę prostą i odwrotnie.

Przystępuję z kolei do analizy przypadków, należących do trzeciej kategoryi, a więc moczówki swoistej prostej, obok której żadnego innego zresztą cierpienia stwierdzić nie można. Choroba ta występuje bez żadnego powodu zwykle w bardzo już młodym wieku. Wywiady stwierdzają często, że takie dzieci nawet pomimo kar moczyły się bezustannie. Zwykle jest bardzo trudno stwierdzić w tych przypadkach, czy nie istniało może pierwotnie wzmożone pragnienie. Nieinaczej ma się sprawa u chorych, u których to cierpienie wystąpiło dopiero później. Zresztą zaznaczyć muszę, że badania ostatnich lat nad tą kategoryą moczówki prostej nie przyniosły niczego nowego.

Przechodzę wreszcie do leczenia moczówki prostej

przyczem zwracam uwagę, że i w tej części mej pracy będę się trzymać podziału, który powyżej zaprowadziłem. Leczenie przypadków pierwszej kategoryi powinno być oczywiście przyczynowe. Musimy zatem chorych poprostu odzwyczajać od nadmiernego picia. Jeżeli chodzi o dzieci, trzeba łagodnem obchodzeniem się, ale niekiedy także karami przeprowadzić wychowanie pod tym względem. U starszych osób jest to zadanie trudniejsze i nie bywa zbyt często uwieńczone dobrym skutkiem. Ilości płynów, które chorym wypić pozwalamy, trzeba wprawdzie zmniejszać, ale wolno to zrobić tylko stopniowo, używając przytem środków, które zmniejszają uczucie pragnienia. Zaleca się przy tych wszystkich przepisach wielka stanowczość, nie trzeba jednakowoż zapominać o tem, że dolegliwości wywołane leczeniem nie powinny przewyższać tych, które sprawia choroba sama. W każdym przypadku powinno się chorego odosobnić, a mycia trzeba dopilnować, gdyż zdarzają się przypadki, w których chorzy, byle tylko mogli zaspokoić pragnienie, zdolni są wypić wodę, w której się myli. Ważnem jest także, żeby zabronić chorym picia wieczorem, gdyż oddawanie moczu budziłoby ich, coby znów działało niekorzystnie na ich stan nerwowy, który przecież całą chorobę wywołuje. Samo przez się rozumie się, że trzeba oprócz powyższych zabiegów stosować u tych chorych cały aparat leczniczy, którego używamy zwykle w histeryi lub innych chorobach umysłowych. Zaleca się bardzo w tych razach dyeta bez mięsa.

W przypadkach należących do drugiej kategoryi byłoby wskazane leczenie choroby, która jest powodem moczówki. Najlepsze wyniki daje oczywiście w odpowiednich przypadkach leczenie przeciwkiłowe. Tam, gdzie inne choroby są powodem moczówki, jest leczenie bardzo mało wdzięczne. Przy zachorzeniach mózgu bywa wynik nawet leczenia dyetetycznego wprost ujemny. W stwardnieniu tętnic daje czasem dyeta bez mięsa dobre wyniki. Cierpienia zaś nerkowe wymagają ograniczenia soli i białka w pożywieniu chorego.

Taka sama dyeta zaleca się w przypadkach, należących do trzeciej kategoryi moczówki prostej.

Trzeba naturalnie we wszystkich przypadkach tej choroby zmniejszać stopniowo, jak powiedziałem, ilość płynów, którą chorym wypić pozwalamy, a to dlatego, że skutki dyety i wszelkich innych zabiegów leczniczych nie występują wcale bez ograniczenia płynów. Jest to ważne i dlatego, że przecież w każdym przypadku moczówki pierwotnie albo wtórorzędnie jest pragnienie chorobliwe wzmożone i trzeba przeciw temu działać. To ograniczenie płynów trzeba, jak to już powyżej wyraziłem, przeprowadzać powolnie, gdyż w przypadkach niedomogi nerek dla wydzielania zgęszczonego moczu mogłyby wystąpić groźne objawy mocznicy, gdyby się odebrało chorym płyny zbyt nagle. Natomiast ćwiczymy niejako nerki i uczymy je wydzielać mocz silniej zgęszczony, ujmując wody stopniowo.

Zastąpić możemy ten brak wody, podając chorym świeże owoce i t. p. Wielką ulgę sprawia częste płukanie ust zimną wodą.

Jak wiadomo, udaje nam się nieraz takimi zabiegami wyleczyć moczówkę prostą albo chorym przynieść chociażby tylko ulgę. Atoli wobec faktu, że liczba chorych, nie wyleczonych w ten sposób, bardzo znacznie przeważa, dziwić się nie można, że w tej chorobie już od bardzo dawnych czasów próbowano lekarstw. Głównymi ich przedstawicielami były zawsze przetwory makowca. Działanie ich, czasem bardzo dobre, polega, jak sądzi Gerhardt, poprostu na zmniejszeniu pragnienia, które chorych dręczy. Forschbach i Weber natomiast sądzą, że makowiec uspokaja podrażnienie nerek, które sprawia wydzielanie wielkich ilości moczu. Autorzy ci zbudowali nawet na tem korzystnem działaniu makowca i pantoponu nową teoryę moczówki i twierdzili, że choroba ta polega na wzmożonej czynności nerek. Jak wiadomo, teorya ta nigdy nie została uznana, a Socin stwierdził nadomiar ponownie w ostatnich czasach, że moczówka prosta polega, co już głosił Tallquist, na niezdolności wydzielniczej nerek dla zgęszczonego moczu.

Atropina działa także czasem korzystnie w moczówce prostej. Steiger odnosi to działanie właśnie do przypadków, w których przypuszcza, że chory cierpi na stan podrażnienia nerwu błędnego (vagotonus).

Oprócz powyższych środków stosowano często brom, sporysz, strychninę, teofilinę i antypirynę. Wiele sobie atoli po tych środkach obiecywać nie można. Jestem tego zdania, że w przypadkach, w których dyeta i ograniczenie płynów nie odniosło skutku, także i środki apteczne podaje się zwykle bez dodatniego wyniku.

Natomiast wielką przyszłość dla leczenia moczówki zdaje się rokować organoterapia. Römer np. zwraca uwagę na korzystne działanie w moczówce prostej wyciągu ze substancyi koloidalnej z fabryki w Aubing. Po wstrzyknięciu pituitryny i pituglandolu skutków takich autor nie dostrzegał.

Pod względem rokowania moczówki prostej nadmienić muszę, że choroby tej, pomimo wielu niebezpieczeństw, na które chorzy są narażeni, groźną nazwać nie można. Przedewszystkiem bowiem nie wytwarza się w moczówce prostej przerost serca ani zwiększone ciśnienie krwi, a tylko czasem zdarza się rozszerzenie pęcherza.

Piśmiennictwo. 1) Tallquist: Zeitschrift f. klin. Med., t. 49. — 2) Forschbach i Weber: Beobachtungen über Harn- und Salzausscheidung im Diabetes insipidus. Zeitschr. f. klin. Med. t. 72. — 3) W. Ebstein: Beitrage zur Lehre vom Diabetes insipidus. D. Archiv. f. klin. Med. 95. — 4) H. Strauss: Ueber Diatbehandlung des Diab. ins. und ahnlicher Polyurien. D. med. W. 1912. — 5) Rosendorf i Unna: Zur Differentialdiagnose und Therapie des Diab. ins. Berl. klin. W. 1911. — 6) Engel: Ueber Diab. ins. Zeitschr. f. klin. Med. 1909, t. 76. — 7) Engel: Klinische Beobachtung von 10 Fällen von Diab. ins. D. Archiv. f. klin. Med. 1903, t. 67. — 8) Dreser: Pflügers Archiv. 1904, t. 102. — 9) Ehrmann: Familiärer Diab. insip. Berl. klin. W. 1911. — 10) Schwenkebacher: Beitrag zum aetiologischen Studium des Diab. ins. Münch. med. W. 1909, str. 50. — 11) Minkowski: Zur Therapie des Diab. ins. Ther. d. Geg. 1910, stycz. — 12) Heiberg: Ein Fall von gleichzeitigem Diab. ins. und mel. Zeitschr. f. klin. Med., t. 73. — 13) E. Ebstein: Zwei Fälle von Diab. ins. Mitt. a. d. Grenzg., t. 25. — 14) E. Meyer: Fall von Diab. ins. mit schwerer Lues. Arch. f. klin. Med., t. 82. — 15) Engel: Fall von Diab. ins. mit Commotio cerebri. Zeitschrift f. klin. Med., t. 67. — 16) E. Frank: Ueber Beziehungen der Hypophyse zum Diab. ins. Berl. klin. W. 1912, Nr 9. — 17) Schäfer: Function des Gehirnanhanges. Berner Univers. Schriften 1911, zeszyt 3. — 18) Römer: Die Beziehungen zwischen der Function der Hypophysis cerebri und dem Diab. ins. D. med. W. 1914, Nr 3. — 19) von den Velden: B. klin. W. 1913, str. 45. — 20) Farmi: Referat w Wien. klin. W. 1913, str. 1867. — 21) Falta: Erkrankungen der Blutdrüsen 1913. — 22) Steiger: D. med. W. 1912. — 23) Veil H.: Beitrag zum

Studium der gutartigen Albuminurien. Münch. med. W. 1913, Nr 49. — 24) Simmonds: Ueber Hypophysis und Diab. ins. Münch. med. W. 1913, Nr 3. — 25) Lenk: Akute Leukämie und Diab. ins. beim Status thymico-lymphaticus. Wien. klin. W. 1911, Nr 31. — 26) Socin: Ueber Diabetes insipidus. Zeitschr. f. klin. Med., t. 78.

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Dokończenie).

Ahmet effendi M., lat 28, wyznania muzułmańskiego, rządowy urzędnik konceptowy w Sarajewie, przyjęty na oddział 17 czerwca 1913 r.

Wywiady. Chory, brat lekarza, opowiada, że od pewnego czasu cierpi na przypadłości sercowe, polegające na zjawianiu się lekkiego bicia serca i przemijającej niemiarowości tętna. Nie sprawiały mu one nigdy większej przykrości. Kiedy się dowiedział, że są przyrody nerwowej, nie zwracał na nie większej uwagi. Dopiero rano 17 czerwca, kiedy wyszedł na ulicę, doznał napadu, który go wprost przestraszył. Początek stanowił dojmujący ból pod mostkiem, jakby kto kości rozpierał. Dołączyło się do niego przykre uczucie bolesnego trętwienia w kończynie górnej lewej, oraz tępy ból między łopatkami i w łopatce lewej z towarzyszeniem dławienia i wielkiego strachu. Wśród tego wystąpiło kołatanie serca, skóra pokryła się obfitym potem, nastało tak znaczne osłabienie, że chory musiał się oprzeć w bramie domu, bo nie mógł stać o własnych siłach. Napad przeciągał się, wolniał, to znów powracał. Przyczyny bezpośredniej napadu nie umie chory wskazać. Nadmienia wprawdzie, że używa czarnej kawy w ilości kilku filiżanek dziennie i pali dość wiele, ale w ostatnich czasach nie czynił żadnych wybryków w tym kierunku i że wogóle ilości kawy i tytoniu nie były większe, aniżeli się to u silniejszych palaczy zwykle dzieje.

Przy badaniu, którego wynik uprawniał w całem tego słowa znaczeniu do rozpoznania dusznicy bolesnej, zachowywał się chory zupełnie spokojnie, znać jednak po nim było, że jest bardzo przejęty swoim stanem. Napad ustąpił bardzo rychło po podaniu jednej pastylki glonoiny i po wstrzyknięciu pod skórę 0,001 gm atropiny.

Dokładniejsze badanie, wykonane następnego dnia, wykazywało: Budowa ciała dobra, odżywienie zupełnie zadowalniające. Twarz zaróżowiona, źrenice nieco szersze, zapewne skutkiem działania atropiny, oddziałują wszakże na światło. Język czysty, drży. Wyraźne drżenie okazują palce u rąk. Odruchy mięśniowe bardzo silne, z typowym odruchem wagotonicznym. Pobudliwość naczynioruchowa, skóry bardzo znaczna. W płucach zmian niema. Uderzenie serca dość słabe, uderzenie końca serca w V. międzyżebrzu w linii sutkowej. Rozmiary stłumienia bezwzględnego zupełnie prawidłowe. Tony czyste, nieco słabsze. Tętno miernie napięte, miarowe, liczba tętna 68. W narządach jamy brzusznej nie ma żadnych zmian. Mocz jasny, nie zawierał nieprawidłowych składników. Uczucie podmiotowe dobre; chory utrzymuje, że jest zdrów zupełnie i pragnie powrócić do domu. Za namową zgodził się wszakże, aby jeszcze parę dni pozostać.

Na trzeci dzień po napadzie, t. j. 20. VI., wstrzyknięto pod skórę 0·005 gm chlorku pilokarpiny. Już w parę minut po wstrzyknięciu wystąpiło żywe zaczerwienienie twarzy, pojawiły się obfite poty i ślinotok, wkrótce potem nudności i wymioty, a co najważniejsza, zjawiły się objawy zupełnie takie same, jak w czasie napadu dusznicy w dniu 17. IV. W celu przerwania objawów zatrucia pilokarpinowego i uspokojenia chorego wstrzyknięto 0,001 atropiny. Według notatki w historyi choroby zaznaczyło się jej działanie tak samo szybko i dosadnie, jak działanie pierwszej trucizny.

Ten wynik doświadczenia utwierdził jeszcze bardziej przypuszczenie, że napad powstał na tle nerwowem. Przyjęto nerwicę naczynioruchową i rozpoznano: Angina pectoris vasomotorica, vagotonica. Przy wypuszczeniu ze szpitala dnia 21. VI., zalecono choremu, aby przestał palić i pić kawę, przestrzegał o ile możności dyety bezmięsnej, a nadto zapisano roczyn soli bromowych.

Napady nie powtarzały się już więcej. Chorego spotykam od czasu do czasu, ma się zupełnie dobrze i nawet nie żywi już żalu z powodu doświadczenia z pilokarpiną, które go przyprawiło o niemiłe przypadłości.

Na równi niemal z sercem, które pod wpływem podniet autonomicznych staje się źródłem dla powstawania stanów i napadów, niepokojących chorych, postawić można z pewnemi zastrzeżeniami, o ile chodzi o częstość tego rodzaju spostrzeżeń, narząd oddechowy. I w nim snują się w wielkiej obfitości gałązki nerwu błędnego, zaopatrując mięśnie gładkie oskrzeli, oraz mięśnie krtani. Od napięcia, jakie panuje w układzie autonomicznym, zależy, zasadniczo rzecz biorąc, także i napięcie wszystkich tych mięśni. Wynika z tego, że zaburzenia, jakie przydarzać się mogą w zakresie narządu oddechowego, będą w pierwszym rzędzie zaburzeniami ruchowemi. Poza tem oznacza jednak wagotonia jeszcze brak prawidłowego napięcia współczulnego. A od napięcia tego zależy stan naczyń, o ile stoi w związku, z działaniem nerwów naczynioruchowych, t. zn. nerwów zwężających naczynia. Dalszem więc następstwem wagotonii mogą być bardzo łatwo zmiany naczynioruchowe i wydzielnicze w błonie śluzowej całego narządu oddechowego, szczególnie oskrzeli. Za wyraz tego rodzaju zmian trzeba niekiedy uważać przemijający obrzęk błony śluzowej nosa, który u niektórych osób powstaje bez żadnego widocznego powodu, lub obfite, prawie że napadowe wydzielanie płynnej wydzieliny z nosa, niemiłe i wprost żenujące dla tych którzy są niem nawiedzeni.

Łagodnej postaci wagotonii w narządzie oddechowym domyślać się można u osób, u których bez istotnego powodu zmienia się łatwo rytm oddechowy i głębokość pojedynczych oddechów. Co jakiś czas wciągają oni ze znaczną siłą powietrze, przyczem zauważyć można, że wdech nie przechodzi odrazu w wydech, że między jedną i drugą fazą jest nieco dłuższy przestanek. Wydech trwa w takich razach nieco dłużej, aniżeli się to dzieje u ludzi zupełnie prawidłowych. U tych osób stwierdzić można inne także znamiona większego napięcia autonomicznego. Należy do nich między innemi t. zw. oddechowa niemiarowość tętna, która odznacza się tem, że tętno przyspiesza się w czasie wdechu, wolnieje, a często i słabnie podczas wydechu. Zmiany te widzieć można zupełnie wyraźnie zazwyczaj dopiero na obrazach krzywych tętna, w których już na pierwszy rzut oka uderza także ten szczegół, że linia, po której się posuwają fale tętna, nie jest, jak zazwyczaj, prosta, lecz posiada wyraźny, a dla tych przypadków prawie wprost cechujący, falisty przebieg.

Sposób oddychania, o którym wspomnieliśmy, nie jest bynajmniej stałym objawem. Zauważyć go można od czasu do czasu, a przy bliższem śledzeniu można nawet wykryć warunki, w jakich powstaje. Bardzo często odgrywają wielką rolę powszechne wpływy nerwowe. Nieprawidłowe oddychanie potęgować się może tak bardzo, że sprawia już wprost wrażenie duszności. Jeśli ją pojmiemy jako następstwo zbyt wielkiego napięcia autonomicznego, to przez przypadki tego rodzaju stworzymy przejście dla pojęć o powstawaniu zupełnie typowej nerwicy oddechowej, zwanej dychawicą oskrzelową.

Że duszność, która stanowi najznamienitszy, a dla chorych najprzykrzejszy objaw napadu, jest następstwem nerwowego podrażnienia, tego uczył jeszcze w połowie XVII wieku lekarz angielski Willis[14]), a na początku ubiegłego stulecia słynny Laennec[15]). Ważniejszy jest niewątpliwie ten szczegół historyczny, że jeden i drugi uważali za istotę nerwowego napadu skurcz drobnych oskrzeli, przyczem Laennec dodawał, że nieżyt oskrzeli, towarzyszący chorobie, stoi w ścisłym związku z cierpieniem nerwowem. Zapatrywanie Laenneca, przez jednych zwalczane, przez innych odnawiane i uzasadniane, utrzymywało się stale na poziomie poglądów lekarskich. Słuszności jego ani nie udowodniono stanowczo, ani nie obalono. I dopiero nowsze czasy przyniosły w nowych pracach takie dowody trafności sądu francuskiego klinicysty, że wobec nich teorya jego zamieniła się prawie w naukowy pewnik. Prace te, to badania wstrząsu anafilaktycznego, względnie objawów zatrucia t. zw. peptonowego, które wykazały, że zjawiska powstające w obu tych sprawach noszą wyraźne znamiona podrażnienia autonomicznego. Wywołać je można także przez wstrzykiwania wazodylatyny Popielskiego, trucizny o wybitnych własnościach wagotropijnych. Dla neuropatologii narządu oddychania mają wielką doniosłość badania Biedla i Krausa, które okazały, że wśród objawów zatrucia niepodrzędne miejsce zajmuje skurcz gładkich mięśni oskrzeli.

Dychawicę oskrzelową można więc do pewnego stopnia uważać za wstrząs anafilaktyczny, powstający z różnych zresztą przyczyn, ale zawsze i jedynie tylko na tle wagotonii, która szczególnie silnie uwydatnia się w niezdrowem napięciu płucnych, względnie oskrzelowych gałązek nerwu błędnego. Wydzielina oskrzeli, odznaczająca się dużą zawartością leukocytów eozynochłonnych, jest również wyrazem tego samego autonomicznego podniecenia, a to jako następstwo zmian naczynioruchowych i wydzielniczych. Eozynofilię spotykamy zresztą w tych przypadkach także i we krwi chorych.

Dlaczego tylko oskrzelowe gałązki nerwu błędnego tak bardzo są podrażnione, że dają powód do powstawania napadów, na to odpowiedzieć nie umiemy. Ale tak samo nie umiemy dać odpowiedzi na podobne pytania, gdy chodzi o napady wagotoniczne z innem siedliskiem. A jednak nikt nie wątpi, że skurcz wpustu żołądka, kolka śluzowa, skurcz zwieracza odbytu, naczynioruchowa dusznica bolesna i wiele innych nerwic autonomicznych jest następstwem podrażnienia układu nerwu błędnego. Zresztą pytania, dlaczego właśnie gałązki oskrzelowe są siedliskiem największego podrażnienia autonomicznego, nie można odnieść do wszystkich przypadków nerwicy oskrzelowej. Przy bliższym rozbiorze całego zespołu objawów w napadzie nie trudno stwierdzić szczegóły, które pokazują, że chorobliwe napięcie (tonus) nerwów zdarza się w innych także zakresach. Ażeby się w tym względzie oprzeć na danych z piśmiennictwa, wspomnę o bardzo zajmującej pracy G. Zuelzera[16]) z r. 1908 p. t. »Ueber Vagusneurose«. Znajdujemy w niej opis dwóch przypadków z napadami dychawicy, względnie ostrem rozdęciem płuca, a więc zmianą cechującą dychawicę. W jednym z nich, drugim z rzędu, powstał napad u zupełnie młodej, zresztą zdrowej osoby, u której równocześnie istniały cechy autonomicznego podniecenia w obrębie serca i kiszek, a obok tego poty przy chłodnych zupełnie kończynych.

Opierając się na badaniach doświadczalnych farmakodynamicznych, przytoczyć możemy jako ważny dowód dla poparcia poglądów o autonomicznem pochodzeniu dychawicy oskrzelowej ten szczegół, że napady jej przerwać można zapomocą leków, które albo wprost porażają nerw błędny, albo zmniejszają skutki jego napięcia przez podrażnienie układu współczulnego. Do pierwszych należy atropina i atropina metylowa, do drugich nadnerczyna, pituitryna lub połączenia obydwu, które już w tej postaci znajdują się nawet w handlu pod nazwą »asthmolizyny«. W taki sam sposób działać będzie zapewne jeden z najnowszych syntetycznych leków, uteramina, spokrewniona przez obecność w niej jądra tyrozynowego z adrenaliną.

Na tem samem tle, co dychawica oskrzelowa, powstawać mogą także inne nerwice oddechowe, wśród nich skurcz głośni. Przeważnie zdarza się on u małych dzieci; u młodzieży, tembardziej zaś u osób dorosłych, spotykamy się z nim rzadko. U dorosłych stanowić może objaw rozpoczynającego się, a nawet i rozwiniętego wiądu rdzenia w postaci t. zw. przełomów krtaniowych. Jako zupełnie samoistna nerwica należy jednak kurcz głośni według zgodnych zupełnie podań, m. i. także według zdania Pieniążka, poza wiekiem dziecięcym do wielkich rzadkości. Zdaje się, że krtaniowe gałązki n. błędnego podlegają nie tak łatwo, jak inne, stanom podrażnienia wysokiego stopnia. Przy słabszem podrażnieniu zjawiać się mogą tylko bardzo nieznaczne krótkotrwałe kurcze, które utrudniają chwilowo wydawanie głosu, ale nie mącą zupełnie sprawy oddychania. Wobec tego będzie zupełnie usprawiedliwione, jeśli podam opis przypadku, w którym u kilkunastoletniego chłopca występował taki samoistny kurcz głośni, a to tem bardziej, że równocześnie istniały nader wyraźne znamiona wagotonii powszechnej.

Branko K. lat 14, wyznania prawosławnego, chłopiec sklepowy z Sarajewa, przyjęty na oddział 28 września 1913. (Ryc. 10).

W y w i a d y. Od półtora roku dostaje chory co 2. lub 3. dzień napadów zaduszania, które się rozpoczynają klującym bólem w okolicy serca z następowym kurczem

[14]) Willis, cyt. według Sokołowskiego: Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych T. I.

[15]) Laennec. Ibidem.

[16]) Zuelzer. Zentblt f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1908 str. 81.



Ryc. 10.

w gardle. Gdy dojdzie już do skurczu, nie może chory ani odetchnąć, ani wydać głosu, mąci mu się w głowie i traci prawie przytomność, nie o tyle jednak, żeby nie wiedział, co się koło niego dzieje. Ze stanu swego zdaje sobie doskonale sprawę. W czasie napadu sinieje skóra, później pojawiają się poty i ślinienie. Ostatni napad, właśnie w dniu przyjęcia na oddział, był bardzo silny, trwał dłużej aniżeli zwykle i odznaczał się utratą przytomności.

Badanie. Budowa ciała wątła, odżywienie zaledwo mierne, skóra delikatna, bardzo pobudliwa, wilgotna. Czaszka nieumiarowa, o bardzo wybitnych guzach czołowych i potylicznych, o szwach kostnych zgrubiałych. Źrenica prawa nieco szersza od lewej; obie oddziałują zupełnie dobrze; na oku lewem nieznaczny zez zbieżny. Język wilgotny, drży. Błona śluzowa gardła nieco obrzękła, sinawo-czerwona. Migdałki znacznie powiększone. W krtani żadnych zmian nie ma. Przy wydawaniu głosu napinają się więzadła niezwykle silnie i nagle. Szyja miernie długa, gruczoły szyjne dość liczne, tarczyca zbita, daje się wprost ująć w palce. Klatka piersiowa płaska, rusztowanie kostne nosi na sobie znamiona przebytej krzywicy. Zmian dających się stwierdzić przez badanie fizyczne płuc, nie znaleziono. Uderzenie serca słabe, uderzenie końca w V. międzyżebrzu na wewnątrz od linii sutkowej, rozmiary stłumienia prawidłowe, tony czyste. Na mostku tuż pod zrostem rękojeści z trzonem mostka stłumienie odgłosu opukowego o średnicy około 3—4 ctm. Jako objaw ciekawy warto może zaznaczyć, że przy przeginaniu głowy ku tyłowi słabły wyraźnie tony serca w okolicy wielkich naczyń i że powstawało w tem miejscu wyraźne buczenie żylne. Tętno niezupełnie miarowe; po szeregu powolnych następuje kilka szybszych uderzeń; liczba tętna przy pierwszem badaniu 52. Kilkakrotnie stwierdzono jeszcze niższe cyfry. Objaw Aschnera występuje w najzwyklejszej postaci, gdzie obok zwolnienia tętna zjawia się niemiarowość obok zmalenia pojedyńczych fal (ryc. 11).

Odruchy mięśniowe znacznie silniejsze od prawidłowych. Na rycinie widać pod obojczykiem po stronie lewej dwie wałkowate wyniosłości, powstałe po uderzeniu młotkiem opukowym przez skurcz pęczków mięśnia.

Narządy jamy brzusznej bez zmian.

Skład krwi: Ciałek czerwonych 3,550.000, białych 6,200. Stosunek odsetkowy ciałek białych: neutrochłonnych 52·12%, limfocytow 35·15%, przejściowych 7·27%, eozynochłonnych 5·45%.

Po 0·002 gm! pilokarpiny wszystkie objawy pilokarpinizmu, a nadto napad kurczu głośni, który został natychmiast przerwany przez wstrzyknięcie atropiny.

Cukromocz adrenalinowy nie wystąpił.

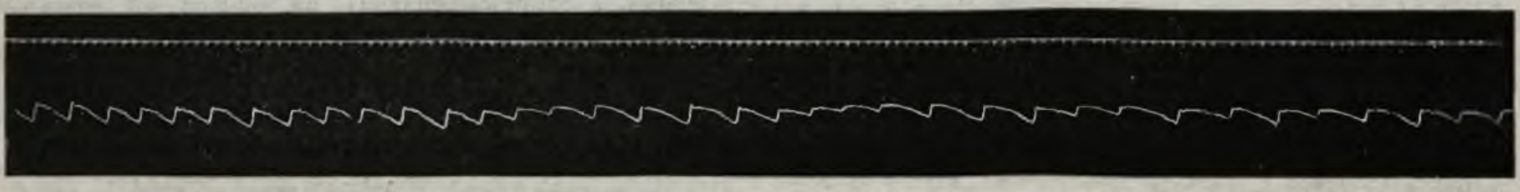
Przypadek ten zasługuje na szczególną uwagę nietylko dlatego, że należy sam przez się do rzadszych spostrzeżeń, ale przedewszystkiem z tego powodu, że napad kurczu głośni wystąpił po pilokarpinie. Podrażnienia krtaniowych gałązek nerwu błędnego uwydatniło się tutaj bardzo dosadnie. Poza tem podnieść jeszcze trzeba z badania te szczegóły, które wskazują na przebytą krzywicę i na obecność zmian, uprawniających do przypuszczania, że istnieje stan zwany grasiczno-limfatycznym (status thymolymphaticus).

U chorego zastosowano, tak samo zresztą, jak w innych przypadkach wagotonii, systematyczne leczenie zapomocą atropiny, wstrzykiwanej 2 razy dziennie po $^1/_2$ miligrama. Poza tem dostawał chory wodę żelazisto-arsenową z Srebrenicy.

Napady nie powtórzyły się na oddziale ani razu. Odżywienie poprawiło się znakomicie. Chłopiec dobrze wyglądający opuścił szpital 3 listopada 1913 r. Od tego czasu przedstawiał się parę razy. Stan jego był zupełnie zadowalniający, napady już się nie ponowiły.

Dla uzupełnienia wiadomości o narządowych objawach wagotonii należałoby jeszcze mówić o nerwicach, względnie o nerwowych zaburzeniach, które się przydarzają w zakresie narządu moczowopłciowego. Na rzeczy te trudno jednak patrzeć tylko ze stanowiska naszych zapatrywań o układzie wegetatywnym. Sprawy, jakie się przytem odgrywają, są zanadto złożone, a sam narząd płciowy podlega tak bardzo wpływom zmysłowym i psychicznym, okazuje taką wrażliwość wielostronną, związaną z wychowaniem, sposobem życia i warunkami tego życia, ze stanem fizycznym i t. d., że wszystkiego tego nie można jednostronnie rozbierać. W każdym jednak razie spotkać się można z zaburzeniami, które stoją w ściślejszym związku z wagotonią.

O ile chodzi o sferę płciową, to spotkać się można ze skargami na nieprawidłowy przebieg całego podniece-



Ryc. 11.

nia płciowego. Przychodzi ono niekiedy nazbyt często, chorzy miewają polucye, a gdy chcą wykonać akt płciowy, to im się to nie udaje, albo dlatego, że skutkiem podrażnienia występuje wytrysk nasienia przed czasem, albo też z tego powodu, że przy utrzymywaniu się pobudzenia uczuciowego, względnie psychicznego, nie dopisuje strona fizyczna. U kobiet z natury rzeczy nie tak łatwo dowiedzieć się można tajemnic życia płciowego. Ale i u nich istnieją, o ile osądzić mogę z paru opowiadań, zaburzenia, które postawićby należało na równi z zaburzeniami, spotykanemi u mężczyzn.

Do rzędu nerwowych zboczeń, przydarzających się w drogach moczowych, należą, jako najpospolitsze, częste parcie na mocz oraz sączenie się moczu kroplami po właściwem opróżnieniu pęcherza. Pierwsze jest niewątpliwie wyrazem zbytecznej drażliwości i zbyt wielkiego napięcia autonomicznego wypieracza moczu. Drugie poczytać trzeba za następstwo małej siły zwieracza pęcherza, otrzymującego gałązki nerwowe od układu współczulnego. Bezwiedne oddawanie moczu w nocy, nie tak rzadkie u starszych nawet dzieci, należy może także do rzędu nerwic autonomicznych. Ale w grę wchodzą tu w każdym razie także odruchowe sprawy nerwowe. Na podstawie moich własnych spostrzeżeń nabrałem wszakże przekonania, że u większości tego rodzaju młodocianych chorych, obok niedomagania ogólnego istnieją najczęściej znamiona pobudzenia autonomicznego, objawiające się pospolicie zaburzeniami sercowemi lub żołądkowemi, względnie kiszkowemi.

Kończę na tem tych kilka uwag, odnoszących się do nerwic wegetatywnych. Są one bardzo niezupełne. Ale i w naszych wiadomościach jest sporo luk i braków, które dopiero powoli uzupełnić można. Ograniczyłem się przeważnie do opowiedzenia tego, co sam widziałem u chorych i co sam przemyślałem. Nie mogło być tego bardzo wiele. Mimo sporego materyału chorych przyznać muszę otwarcie, że widziałem jeszcze za mało. Ażeby rzecz wszechstronnie zbadać, na to trzeba wiele czasu, a przedewszystkiem współdziałania wielu lekarzy. I cel mojej pracy nie jest bynajmniej dydaktyczny. Chodziło mi tylko o podzielenie się własnemi spostrzeżeniami, a poza tem o obudzenie i u nas także większego i powszechniejszego zajęcia się jednym z ważnych działów patologii klinicznej, który dziś, w okresie rozwoju dyagnostyki czynnościowej, przedstawia bardzo wdzięczne pole do dalszych i głębszych studyów.

Sprawozdania.

Wstrzykiwanie zgęszczonych rozczynów salwarsanu i neosalwarsanu

(sprawozdanie poglądowe)

podał **Dr W. Grzywo-Dąbrowski.**

Do niedawna jeszcze jedyną metodą stosowania salwarsanu dożylnie było wlewanie tego środka wraz z wielką ilością wody przekroplonej i wyjałowionej. Sposób ten jest powszechnie znany, wobec tego nie będę dłużej nad nim się zastanawiać, przypomnę tylko, że technika tego całego zabiegu jest względnie trudna, wymaga wprawy, kosztownych i skomplikowanych przyrządów i zabiera dużo czasu. Wobec tego z natury rzeczy stosowanie salwarsanu w taki sposób było zabiegiem, możliwym tylko w dużych szpitalach i klinikach, rzadziej znacznie w prywatnym gabinecie lekarskim podczas godzin przyjęć.

W r. 1913 Stern, Zimmern i Dreyfus, niezależnie jeden od drugiego, zaczęli stosować salwarsan nie w postaci wlewań, lecz jako wstrzykiwania dożylne, posługując się strzykawką Record o rozmaitej objętości. Stern używa do rozpuszczania 0,3—0,4 gr salwarsanu 5—10 cm^3 zwykłej wody, wyjałowionej przez gotowanie. Po rozpuszczeniu tej ilości salwarsanu zobojętnia Stern rozczyn zapomocą dodawania kroplami 15% rozczynu ługu sodowego; do całkowitego zobojętnienia 0,3—0,4 gr salwarsanu zużywa się około 3 kropli 15% rozczynu ługu. Żadnych powikłań przy stosowaniu tak zgęszczonych rozczynów Stern nie zauważył. Saalfeld używał mniej zgęszczonych rozczynów, rozpuszczając 0,3 salwarsanu w 40 cm^3 rozczynu fizyologicznego chlorku sodu. Takich wstrzyknięć dożylnych wykonał Saalfeld 250 i żadnych powikłań nie zauważył. Również Zimmern stosował wstrzykiwania stężonych rozczynów salwarsanu, 0,3—0,5 gr w 10 cm^3 wody wyjałowionej; oczywiście rozczyn taki musiał być zobojętniony zapomocą ługu. Wykonał on 147 wstrzyknięć u 78 chorych; podniesienie się ciepłoty stwierdzono w 27 przypadkach, wymioty w 39 przypadkach; w jednym przypadku w 1/2 godz. po wstrzyknięciu wystąpił rumień bąblowaty, który znikł po 5 godzinach.

Porównując szybkość wydzielania się arsenu przy stosowaniu salwarsanu w sposób zwykły (w wielkich ilościach wody) i przy stosowaniu rozczynów zgęszczonych, zauważył Zimmern, że przy stosowaniu rozczynów zgęszczonych arsen wydziela się prawie 2 razy wolniej z ustroju, co zapewne podnosi i leczniczy wpływ salwarsanu, stosowanego w rozczynach zgęszczonych.

Dreyfus używał rozczynów mniej zgęszczonych, lecz również w postaci wstrzykiwań do żyły. Rozpuszczał on 0,2—0,4 salwarsanu w 20—35 cm^3 2 razy przekroplonej i wyjałowionej wody; tygodniowo stosowano 0,7—0,9 salwarsanu w 2—3 wstrzyknięciach, a w ciągu 6—8 tygodni 3—5 gr salwarsanu. Jednocześnie chorzy otrzymywali kalomel lub olej szary. Dreyfus wykonał ogółem 320 takich wstrzyknięć i tylko w kilku przypadkach wystąpiło podniesienie się ciepłoty do 38,5, dreszcze, wymioty, sinica; poważniejszych powikłań nie było. Przytem zauważył Dreyfus, że odczyn po wstrzyknięciu stał do pewnego stopnia w stosunku prostym do ilości wody, zużytej do rozpuszczenia środka. Zdania podobne wypowiadano już i dawniej, a według niektórych autorów powikłania (podniesienie się ciepłoty, dreszcze, wymioty i t. d.), spostrzegane tak często przy wlewaniach dożylnych salwarsanu, mają swe źródło przedewszystkiem w wielkiej ilości wody, wprowadzanej do żyły.

Powyżej opisane stosowanie salwarsanu w rozczynach zgęszczonych oczywiście bardzo ułatwia technikę leczenia, jednak trudność rozpuszczania się salwarsanu i konieczność zobojętniania jego rozczynów zapomocą ługu wikłały do pewnego stopnia sam zabieg. Wprowadzenie do lecznictwa tak zwanego n e o s a l w a r s a n u zupełnie usuwa te niedogodności; neosalwarsan rozpuszcza się w wodzie bardzo łatwo i prędko (woda nie powinna być gorącą, najwyżej 18—21° C); rozczyny jego oddziałują obojętnie, to znaczy, że są bez zobojętniania natychmiast gotowe do użycia. Jeden z pierwszych zaczął stosować zgęszczone rozczyny neosalwarsanu Ravaut; rozpuszczał on 0,45—0,6 gr. neosalwarsanu w 10 cm^3 wody przekroplonej wyjałowionej i wstrzykiwał ten rozczyn do żyły. Wstrzykiwań takich wykonał 187 u 47 chorych; maksymalna jednorazowa dawka wynosiła 0,9 gr. Wstrzykiwania wykonywano co 8 dni. Niektórzy chorzy dostali po 6 wstrzyknięć do tej samej

żyły bez żadnych złych następstw. Czas, zużyty na jedno wstrzyknięcie, nie przekraczał 20 sekund (inni autorowie polecają wstrzykiwać powoli, w ciągu 2—3 minut, żeby prąd krwi mógł rozcieńczyć rozczyn i żeby przez to zapobiedz tworzeniu się zakrzepów, ew. wyeliminować szkodliwe działanie zgęszczenia neosalwarsanu na ściany naczyń i na samą krew). W niektórych przypadkach po tych wstrzykiwaniach spostrzegano wymioty, podniesienie się ciepłoty, nudności. Wynik leczniczy był taki sam, jak i przy dawnych sposobach stosowania salwarsanu i neosalwarsanu.

Gurani i Fatjanow najpierw wypróbowali działanie rozczynów stężonych neosalwarsanu na królikach; przekonawszy się, że króliki znosiły je bez złych następstw, zaczęli ci autorowie stosować zgęszczone rozczyny neosalwarsanu w leczeniu kiły u ludzi, rozpuszczając 0,3—0,4 gr. neosalwarsanu w 10 cm³ 0,4% rozczynu chlorku sodu, przyrządzonego w świeżo przekroplonej wodzie. Razem wykonano 146 wstrzyknięć u 86 chorych; tylko w 2 przypadkach wystąpiły bóle głowy i podniesienie się ciepłoty do 39°.

Katz stosował zgęszczone rozczyny neosalwarsanu (0,6—0,9 gr w 10 cm³ wody świeżo przekroplonej i wyjałowionej) w 63 przypadkach kiły pierwotnej i wtórnej. Zwykle przy stosowaniu neosalwarsanu w przypadkach, nie leczonych poprzednio rtęcią, występowało podniesienie się ciepłoty i bóle głowy; jednak o ile przed wstrzyknięciem neosalwarsanu wstrzyknięto jaki przetwór rtęci (Katz stosował salicylan rtęciowy w postaci 10% zawiesiny), to powikłań takich nie spostrzegano. W dobę po wstrzyknięciu w wykwitach kiłowych już nie znajdowano krętków bladych; odczyn Wassermanna również ulegał osłabieniu.

Również Schreiber, Strauss, Dreyfus, Jess, Stern i Mondschein stosowali zgęszczone rozczyny neosalwarsanu, rozpuszczając jego zwykłe dawki 0,3—0,9 w 5—10 cm³ wody przekroplonej i wyjałowionej; powikłań groźnych ani cięższych autorowie ci nie spostrzegali, zdarzały się czasem wymioty, podniesienie się ciepłoty, nudności. Zivi, o ile nam wiadomo pierwszy, stosował zgęszczone rozczyny neosalwarsanu przy porażeniu postępującem (0,9 gr na 10 cm³ wody zwykłej) bez żadnych powikłań. Frühwald stosował neosalwarsan w postaci zgęszczonych rozczynów w kile pierwotnej i drugorzędnej (0,6 gr w 10 cm³ wody przekroplonej i wyjałowionej, ewent. w wodzie zwykłej wyjałowionej). Wogóle wykonał on 259 wstrzyknięć u 111 chorych, z tego u 93 dożylnie, a u 18 dożylnie i śródmięśniowo. Jedna dawka wynosiła 0,6 neosalwarsanu w odstępach 5-dniowych, tak że w ciągu 10 dni chory otrzymywał 1,8 gr, sam zabieg trwał parę sekund. W niektórych przypadkach po wstrzyknięciu występowały wymioty, w dwóch przypadkach zdarzyło się omdlenie, dosyć często występowały bóle głowy, podniesienie się ciepłoty (w 1/3 przypadków), w kilku przypadkach nawet do 40,3°. Naogół wszelkie te powikłania częściej występowały po pierwszem wstrzyknięciu, niż po następnych.

Prócz rozczynów powyżej przytoczonych, rozpuszczał Frühwald również 0,6 gr neosalwarsanu w 2 cm³ wody; wstrzykiwania takie były znoszone również bez cięższych powikłań. Oprócz Frühwalda, stosowali również wstrzykiwania neosalwarsanu, rozpuszczając jego dawkę w 2 cm³ wody Aleksandresen-Dersea, potem Kerl, a u nas Wernic. Aleksandresen-Dersea stosował tak zgęszczone rozczyny w 40 przypadkach, czasem po 5 wstrzyknięć jednemu i temu samemu choremu; powikłań żadnych nie było. Co do techniki rozpuszczania neosalwarsanu, to autor ten nabierał dwugramową strzykawką wody przekroplonej i wyjałowionej i wlewał ją do otwartej fiolki z neosalwarsanem, który prędko się rozpuszczał; rozczyn ten znów wciągano do strzykawki, już gotowy do wstrzyknięcia. Kerl stosował neosalwarsan w 2 cm³ płynu u 118 chorych; objawy uboczne występowały rzadziej i później, niż przy innych sposobach stosowania neosalwarsanu. Wernic używał do rozpuszczania neosalwarsanu (0,45—0,6 gr.) 2 cm³ wody zwykłej wyjałowionej; wstrzyknięć takich dokonał w 26 przypadkach do żyły i w 4 przypadkach śródmięśniowo. W pewnej liczbie przypadków występowało podniesienie się ciepłoty do 38,2°, dreszcze, nudności, bóle głowy. Wszystkie te objawy po dwóch dniach ustępowały.

Wszyscy powyżej wymienieni autorowie stosowali do rozpuszczania neosalwarsanu wodę lub rozczyn chlorku sodu. Erich Schubert używa do rozpuszczania neosalwarsanu surowicy krwi samego chorego w ilości 10 cm³; zwykła dawka neosalwarsanu wynosiła 0,45, chociaż w 1 cm³ surowicy może się rozpuścić 0,15 neosalwarsanu. Takiego rozczynu neosalwarsanu we własnej surowicy chorego używał Schubert do wstrzykiwań zarówno śródmięśniowych, jak i dożylnych. Chorzy takie wstrzykiwania znosili bardzo dobrze, i nawet ci, którzy po zwykłych wstrzykiwaniach neosalwarsanu miewali rozmaite objawy uboczne, po wstrzykiwaniach z surowicą żadnych powikłań nie wykazywali; tylko w niektórych przypadkach spostrzegano obniżenie się ciśnienia krwi. Technika brania krwi jest zwykła, aseptyczna; krwi bierze się 25—30 cm³ i pozostawia się ją w spokoju aż do wystąpienia surowicy w wystarczającej ilości. Surowicę zbiera się w sposób aseptyczny, rozpuszcza się w niej potrzebną ilość neosalwarsanu i wstrzykuje się rozczyn jaknajprędzej.

Streszczając dotychczasowe wyniki stosowania zgęszczonych rozczynów neosalwarsanu, widzimy, że nawet tak znaczne zgęszczenia, jak 30—60%, bywają znoszone zupełnie dobrze przez chorych; powikłania bywają rzadsze i mniej ciężkie, niż przy dawnych sposobach wlewania rozczynów neosalwarsanu do żyły. Prócz tego łatwość i szybkość wykonania zabiegu pozwala prowadzić leczenie neosalwarsanem podczas godzin przyjęć lekarzy i w ambulatoryach dla chorych niezamożnych. W ten sposób stosowane leczenie to znajdzie zapewne znacznie większe pole zastosowania, niż dotychczas.

Piśmiennictwo. 1) Ravaut. Presse médicale 1913 Nr 18; Mün. med. Wochenschrift 1915 Nr 11. — 2) Stern. Mün. med. Woch. 1913, Nr 13. — 3) Zimmern. Mün. med. Woch. 1913, Nr 20. — 4) Aleksandresen Dersea. Mün. med. Woch. 1913, Nr 29. — 5) Gurani i Fatjanow. Wraczebnaja Gazeta 1913, Nr 29. — 6) Schreiber. Mün. med. Woch. 1913, Nr 36. — 7) Saalfeld Katz. Mün. med. Woch. 1913, Nr 42. — 8) Jess. Sprawozdania z Mün. med. Woch. 1913, Nr 35. — 9) Strauss. Dermatol. Woch. 1913, Nr 14 i 18; Wraczeb. Gazeta 1913 Nr 49. — 10) Kerl. Wien. klin. Woch. 1913 Nr 50. — 11) Frühwald. Mün. med. Woch. 1913, Nr 45. — 12) Dreyfuss. Münch. med. Woch. 1913, Nr 42. — 13) Wernic. Gazeta lek. 1913 Nr 49. — 14) Erich v. Schubert. Mün. med. Woch. 1913, Nr 52. — 15) Mondschein. Przegląd lek. 1914, Nr 7. — 16) Livi. Rivista sperimentale di freniatria 1913, XXXIX, 3—4.

Oceny.

Prof. Dr Hans Spitzy: **Fizyczne wychowanie dziecka.** (Die körperliche Erziehung des Kindes). (Wiedeń, Urban-Schwarzenberg 1914, stron 516 z 194 ilustracyami).

W obecnej stałej dążności do nadmiernej specyalizacyi, jako korzystny objaw powitać należy książkę prof. Spitzyego, która, aczkolwiek gruntownie omawia cielesny rozwój i wychowanie dziecka, mimo to nie jest skreślona jednostronnie, ale porusza tematy różne i bardzo ważne, przez co wzbudzić musi zajęcie każdego czytelnika bez względu na to, czy jest on laikiem, czy lekarzem. Książka ta ważna jest dla matek, czemu dał wyraz sam autor, dedykując ją: »Der Mutter meiner Kinder«, jednakże również pedagog znajdzie w niej wiele ciekawych szczegółów, lekarz szkolny bogate spostrzeżenia lekarskie, a wychowawca pożądane wskazówki. Pierwszą część dzieła poświęcił autor

rozwojowi dziecka od urodzenia aż do wieku szkolnego, omawiając w łączności z tem różne cierpienia cielesne, jakoteż podając rady, jak im zapobiegać. W drugiej części omawia autor wiek szkolny dziecka, zastanawiając się nad wszystkimi nowoczesnymi postulatami higieny szkolnej i kreśląc barwnie postępy na tem polu w różnych państwach; zwłaszcza szczegółowo opisane są ćwiczenia cielesne, wychowanie fizyczne młodzieży, zasady gimnastyki zdrowotnej i leczniczej, dodatnie i ujemne strony sportów itp. Zajmuje się też Spitzy sprawą kształcenia dzieci szkolnych, słabo cieleśnie lub umysłowo rozwiniętych, kreśli szczegółowo zadania lekarza szkolnego, a wreszcie podaje ważne wskazówki dla rodziców o wychowywaniu dziecka szkolnego w domu. Liczne ilustracye objaśniają bardzo dobrze tekst tej cennej książki, której podstawą były wykłady, jakie autor z polecenia ministeryum oświaty miewał przez trzy lata w klinice dziecięcej w Gracu dla słuchaczów uniwersytetu i dla ciała nauczycielskiego. Klęsk.

Kazimierz Baranowski: 1) **O zbieraniu, suszeniu i przygotowaniu do handlu ziół lekarskich i przemysłowych.** Podręcznik dla plantatorów i zbierających zioła dziko rosnące. Lwów 1913, stron 27. Cena 60 hal. 2) **Mała botanika,** czyli opis roślin dziko rosnących na obszarze ziem polskich, a mających zastosowanie w lecznictwie i przemyśle. Lwów 1914, stron 64. Cena 1 K 40 h.

Od lat wielu nie brak usiłowań ze strony naszych lekarzy, aby grosz, wydawany przez chorych na leki, pozostawał w kraju i aby ożywić i poprzeć produkcyę środków lekarskich na miejscu u nas. Starania komisyi przemysłowo lekarskich, utworzonych przez nasze Towarzystwa lekarskie, nie pozostały też bezowocne, a byłyby z pewnością jeszcze skuteczniejsze, gdyby były znalazły w społeczeństwie grunt podatniejszy, większą przedsiębiorczość i umiejętniejszą pracę. Więc też z pewnością znajdzie wśród naszych lekarzy poparcie także budzący się od niedawna ruch, który zmierza do zorganizowania handlu ziołami lekarskiemi i do rozpowszechnienia ich hodowli w kraju. Do przodowników tego ruchu należy p. Baranowski, nauczyciel ludowy i hodowca ziół lekarskich w Chocimierzu w Galicyi. Nie poprzestając na własnej działalności praktycznej, zabrał się on do propagandy sprawy zapomocą szeregu broszur, z których jedna polecona już została przez Radę szkolną krajową do bibliotek nauczycieli szkół ludowych. Na dowód, że sprawa ta nie jest drobną, że chodzi tu o bardzo poważne korzyści ekonomiczne dla kraju, wystarczy przytoczyć fakt, że w jednym roku 1911 przywieziono z zagranicy do Królestwa polskiego ziół lekarskich za 956.250 kor., a olejków eterycznych za 2,538.000 kor., oraz, że apteki galicyjskie spotrzebowują rocznie do 40.000 kilogramów najużywańszych (dziko rosnących) ziół lekarskich, a prawie całą tę ilość sprowadza się z zagranicy, nie mówiąc już nawet o roślinach lekarskich, wymagających uprawy, o wyciągach, olejkach i t. p.

P. Baranowski zmierza do rozpowszechnienia zbierania i do zorganizowania handlu ziołami dziko rosnącemi, ale obok tego przedewszystkiem do zaszczepienia uprawy roślin lekarskich, bo, jak sam mówi, »żadna gałąź produkcyi rolnej zagranicą w ostatnich dziesiątkach lat nie zrobiła tak wielkich postępów, jak hodowla ziół lekarskich, u nas natomiast nikt dotychczas nie zajmuje się uprawą tych roślin«, wynik zaś zbiorów roślin dziko rosnących ulega wahaniom i nie pozwala całej akcyi oprzeć na podstawach pewnych.

Usiłowania p. Baranowskiego mogą bardzo skutecznie poprzeć lekarze, pracujący na prowincyi, którzy, stykając się z szerokiemi kołami ludności wiejskiej, mają sposobność rozkrzewiać i popierać zdrową myśl, podjętą przez niego. Ich też przedewszystkiem uwadze polecamy broszury p. Baranowskiego, które są doskonale opracowane. Z.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Koloidy lecznicze. Rozczyny koloidalne są to właściwie zawiesiny z cząstek ultramikroskopowych. Otrzymuje się je drogą chemiczną lub fizyczną. W świetle przepuszczonem wydają się przezroczyste, w odbitem mętne. Mają one własności katalityczne i zaczynowe, przypominające naturalne zaczyny. Głównie lecznicze zastosowanie znalazły metale, a mianowicie srebro, złoto, platyna, rtęć, żelazo, arsen, miedź, selen. Po wstrzyknięciu rozczynów koloidalnych następuje odczyn ogólny, nieraz dreszcze i podwyższenie ciepłoty. Najrozleglejsze zastosowanie znalazło srebro, elektrargol; jestto płyn bronzowy. Wskazania lecznicze: zapalenia płuc, opłucnej, gruźlica, grypa, zapalenie opon, zakażenia połogowe i ogólne, sprawy ropne, gościec, zapalenie wsierdzia, dur brzuszny i plamisty, cierpienia oczne, uszne, róża, cierpienia dróg moczowych i t. p. Elektrargol wstrzykuje się podskórnie, śródmięśniowo lub śródżylnie; dawka 5 do 15 cm^3., miejscowo zaś w ilości 1 do 50 cm^3. Koloidalne złoto, elektaurol (płyn fioletowy) i platyna koloidalna elektplatinol, znajdują zastosowanie w cierpieniach zakaźnych w dawce 5—50 cm^3. Rtęć koloidalną, elektromercurol (płyn szary) stosuje się w kile i wiądzie rdzenia w dawce 1—5 cm^3. Selen koloidalny, elektroselenium (płyn koralowo-czerwony), wolny od metalicznego selenu, więc nietrujący, znajduje zastosowanie w leczeniu raka. Dawka próbna 2—3 cm^3, potem, gdy chory dobrze go znosi (o ile możności śródżylnie) 5 cm^3; zwykle 20 wstrzyknięć. Miedź koloidalną, elektrokuprol (płyn barwy bronzowej) stosują w raku, gruźlicy. Dawka średnia 5 cm^3. Żelazo koloidalne, elektromartiol (płyn barwy bursztynowej), stosują w niedokrwistości. Dawka około 2 cm^3. Wstrzykiwać należy bardzo wolno, bo w przeciwnym razie wstrzykiwanie jest bolesne. Jod koloidalny, joglysol, w dawce 2 cm^3 stosuje się z tych wskazań, jak jod wogóle. Arsen, thiarsol, stosują w raku, spiączce i z innych wskazań, jak arszenik.

Cena sześciu ampułek wyrobu Clina w Paryżu wynosi w Austryi mniej więcej około 6 koron. K.

Do odkażania skóry przed operacyą, w miejsce drażniącej i wywiązującej nieprzyjemne pary jodu nalewki jodowej, zaleca Herbin z Palermo jothion, mianowicie dwukrotne posmarowanie rozczynem: Rp. Jothion 10,0, glycerini 40,0, spir. (95%) 200,0 (L'Osp. 1913 Nr 1) K.

Przy wrzodach goleni zaleca Florowsky zamrożenie chlorkiem etylu. Z początku zamraża się brzegi wrzodu, a dopiero w miarę gojenia się, środek (Ter. ob. 1913 Nr 24) K.

W oparzelinach świeżych i starszych, trudno gojących się, zaleca Aimes leczenie światłem słonecznem (Gaz. d'hôp. VIII. 1913) K.

W ostrem zapaleniu otrzewnej zachwalają Phelip i Tartois polecone w ostatnich czasach przemywania otrzewnej eterem. (An. de gyn. XII. 1913) K.

Arthigon oddaje dobre usługi w tryprowych zmianach stawów, najądrza i sterczu. Natomiast nie wywiera wpływu na sprawę wiewiórową w cewce. Podniesienie się ciepłoty o 1·5° dowodzi, że stara sprawa jeszcze nie wygasła. (Wien. kl. W. 1914. 5) K.

Łatwy sposób powstrzymywania krwawienia z nosa zaleca Pech. Chory zaciska palcem przy wdechu dziurkę nosa po stronie nie krwawiącej, a wydech wykonuje przez usta. Powtarza się to kilka razy, a wdech robi się 5—8 sekund. Zwykle krwawienie ustaje rychło wskutek obniżenia napięcia w tętnicach, wywołanego napływem krwi do klatki piersiowej, a żywszym odpływem z czaszki. (Franc. Medyc. Nr 4. 1914) K.

Gazę yatren zaleca Schwab do opatrywania ran; yatren jestto przetwór jodu, bezwonny, rozpuszczalny we

wodzie, dobry środek odwaniający, odkażający i pobudzający ziarninę, a także tamujący krew. (M. m. W. 1914, 12) K.

Lampkę elektryczną do oświetlania badanego pola podał Weihman. Trzyma się ją jak fajkę w zębach i przez silniejszy ucisk szczęk zapala, a przez zwolnienie gasi. Baterya znajduje się w kieszeni lekarza. (M. m. W. 1914, 12) K.

W róży zaleca Parisi smarowanie skóry jodyną na pół z gliceryną (Policl. S. P. 1913, 35) K.

Wydzielina skóry ropuch ma trujące własności, na delikatnej skórze, a zwłaszcza na błonach śluzowych wywołuje silne podrażnienia. Wstrzyknięta podskórnie wywołuje ropienie lub zgorzel, wewnętrznie podana wymioty i biegunki, a wstrzyknięta śróżylnie porażenie oddechu ew. śmierć. Wydzielina ta składa się, według nowszych badań, z różnych białek i ich produktów rozpadowych, z pewnej substancyi aromatycznej, z leucyny i zdaje się z ciał z grupy sapotoksyn. K.

W początkach nieżytu nosa lub oskrzeli zaleca Torri wdychiwać 5—7 razy dziennie (po 4—5 wdechów) pary jodyny. (Policl. S. P. 1913—31) K.

Przy porażeniu nerwu twarzowego zastosował Welty z dobrym skutkiem połączenie tego nerwu z podjęzykowym. Niestety jednak nastąpił potem połowiczy zanik języka, wywołujący lekkie zaburzenie mowy, tak że w przyszłości W. ma zamiar użyć nerwu dodatkowego. (Jour. of. Am. med. Ass. 1914. Nr 8). K.

Bezpośrednie wszczepianie nerwu w porażony mięsień stosował ze skutkiem na królikach Heineke i ma nadzieję, że da się ono zastosować i u człowieka, co wywołałoby ogromny przewrót w dotychczasowem leczeniu porażeń. (Zbl. f. Ch. 1914, 11) K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XXVIII naukowe posiedzenie Wydziału lekarskiego w dniu 17 (30) stycznia 1914 r.

dla uczczenia XXX-lecia naukowej i zawodowo-społecznej działalności Doc. Dra Kazimierza Noiszewskiego.

Obecnych członków 40, gości 31. Przewodniczy prezes Prof. Ziemacki.

Otwierając posiedzenie, prezes wita jubilata serdecznemi słowy w imieniu »Związku« i zaprasza na miejsce honorowe.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I Doc. Dr Stanisław Władyczko wygłosił: »Zarys naukowo-lekarskiej i społecznej działalności Doc. Dra Kazimierza Noiszewskiego«.

Kazimierz Noiszewski urodził się w 1856 r., gimnazyum ukończył w Orle, a uniwersytet (wydział lek.) w Moskwie. Okulistykę studyował w Krakowie u Prof. Rydla, w Wiedniu u Prof. Jaegera i Prof. Borysiekiewicza. Po powrocie do kraju otrzymał pozwolenie otwarcia lecznicy ocznej naprzód w Dynaburgu, a później także w Pohulance. W r. 1900 po obronie rozprawy »O czuciu włosowem« otrzymał w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu stopień Dr medycyny, a w r. 1908 został habilitowany na docenta tejże Akademii przy katedrze chorób ocznych. Doc. Noiszewski jest członkiem-korespondentem warsz. Tow. lek., Ces. wil. Tow. lek., Tow. oftalm. w Petersburgu, Tow. psychiatr. w Petersburgu, członkiem stałym Polskiego Związku lek i przyr. w Petersburgu, prezesem Towarzystwa lek. w Dynaburgu. W r. 1911 otrzymał nagrodę im. Prof. Moczutkowskiego od Towarzystwa lekarskiego wileńskiego za pracę »O stosunku ciśnienia w czaszce do ciśnienia w gałce oka«. Jubilat wydał 132 prac w języku: polskim, rosyjskim, francuskim i niemieckim z dziedziny oftalmologii, psychiatryi, neurologii i ogólno-medycznego charakteru.

Prof. Zaleski na prośbę prezesa odczytuje nadesłane depesze, listy i adresy, a mianowicie:

od Dra Hel. Święcickiego (Poznań), redaktora Dra St. Łazarewicza (Poznań), Prof. Kadera (Kraków), Prof Bellarminowa (Petersburg), prezesa Dra Wojnicza (Wilno), prezesa Stendera, burmistrza miasta Dźwińska Pfeiffera, Profesorów Żukowskiego, Czeczotta, Ostankowa, Jana hr. Zyberg-Platera, mecenasa B. Olszamowskiego, Prof. W. Orłowskiego (Kazań), Dra K. Karnickiego, Dra Birona i innych. Prócz tego nadesłały życzenia: Przegląd lekarski, Nowiny lekarskie, Gazeta lekarska, Towarzystwo lekarskie krakowskie, Towarz. oftalmologiczne petersburskie, Ces. Tow. lek. w Wilnie, Tow. lek. dźwińskie, dźwiński Zarząd miejski, Klinika chorób umysłowych i nerwowych Akademii wojskowo-lekarskiej, Redakcye czasopisma Obozrenje psychiatryi i neurologii, Zarząd lecznicy Dra Konosiewicza, Zarząd uzdrowiska »Pohulanka«, Zarząd dźwińskiego rz. kat. Tow. dobr., szpitala dźwińs. Ziemstwa, dźwiński szpital żydowski, żydowskie Tow. dobr. w Dźwińsku, oraz wielu pacyentów, pacyentek, kolegów, przyjaciół i życzliwych jubilata.

W końcu w imieniu Związku mówił Prof. Zaleski, który scharakteryzował działalność jubilata na wszystkich polach.

Potem zabrał głos sam jubilat, gorąco dziękował za tyle dowodów życzliwości i przystąpił do wygłoszenia swego odczytu.

II. Doc. Dr Kazimierz Noiszewski wygłosił rzecz: **O elektroftalmie.**

Pierwotnem zadaniem elektroftalmu było tłómaczenie wrażeń od świecących i oświetlonych przedmiotów na wrażenia dotykowe. Zadanie to polegało na: 1) powiadamianiu niewidzącego o obecności świecącego, oświetlonego lub ciemnego na jasnem tle przedmiotu; 2) uzdolnieniu niewidzącego do umiejscawiania w przestrzeni świecących oświetlonych lub ciemnych na światłem tle przedmiotów w stanach spokoju i w stanach ruchu. Pomysł elektroftalmu oparty jest na zdolności niektórych ciał do powiększonego przewodnictwa elektrycznego pod wpływem światła. Ponieważ wrażenia cieplne najbliższe są wrażeniom świetlnym, więc pierwszą myślą było tłómaczyć wrażenia świetlne przez wrażenia cieplne. Dlatego, by poznać zdolność skóry do umiejscowienia wrażeń cieplnych, urządziłem przyrząd osobny — topetermoestezymetr, przy pomocy którego wykazałem, że czucie ciepła zdolne jest do umiejscowienia w stopniu nie mniejszym od czucia dotykowego. W tym samym roku, w którym po raz pierwszy doniosłem o elektroftalmie, udałem się na Wystawę wszechświatową w Paryżu w nadziei zrobienia przyrządu, zachęcony przez ś. p. Prof. Mierzejewskiego. Z pomysłem swoim zwróciłem się do Prof. Gałęzowskiego, który skierował mnie do Prof. Charcota przez jego ówczesnego asystenta, a obecnie profesora Babińskiego. Zarówno Charcot, jak i Babiński i Prof. Bouchard przyjęli mój pomysł bardzo życzliwie, a Prof. Charcot obiecał nawet po wykonaniu przyrządu przedstawić go w Akademii. Wykonanie przyrządu tymczasowe nastręczało bardzo wiele trudności. Przedewszystkiem brat Prof. Babińskiego, inżynier, namówił mię, by wziąść patent na wynalazek, a to dlatego, że ktoś może pochwycić pomysł i wyzyskać go nietylko ekonomicznie, ale i przyswoić tę samą ideę wynalazku*). Następnie okazało się, że w całym Paryżu tylko jedna firma Ducretet znała się na selenie, ale i ta zgadzała się przystąpić do pracy nad przyrządem tylko pod warunkiem wyasygnowania 20,000 franków na pracę próbną. Tymczasem pobyt mój w Paryżu miał się ku końcowi i nie pozostawało mi nic innego, jak pracować dalej samemu i własnymi środkami. Wówczas to, badając wciąż skórę na czole, znalazłem dwa nowe rodzaje czucia na skórze, mianowicie czucie włosowe i czucie gruczołowe. W r. 1899 komitet pierwszego wszechrosyjskiego Zjazdu elektrotechnicznego zwrócił się do mnie, prosząc o wykład o elektroftalmie,

*) Zdarzyło się to o wiele później.

a wcześniej jeszcze Edison przez swego konsula w Moskwie prosił również o informacye o elektroftalmie przez Dra Łożecznikowa. Pomysł mojego przyrządu nie zadowolił Edisona, który dążył, o ile wiem, do przenoszenia obrazów świetlnych wprost do mózgu przy pomocy promieni Roentgena. Podobno przy tych doświadczeniach zarówno Edison, jak i asystent jego mocno ucierpieli na zdrowiu, a szczególniej na wzroku. W tym samym roku, kiedy odbywał się Zjazd elektrotechniczny w Petersburgu, ukazał się artykuł w Kuryerze warszawskim (Nr 267 z d. 15 (27) września 1899 r.) o odkryciu elektryka rosyjskiego Piotra Stiensa. Według Kuryera warsz. Piotr Stiens był wówczas w Anglii kierownikiem pracowni elektrycznej Ci, którzy uczestniczyli w próbach wzroku elektrycznego P. Stiensa, opowiadają, co następuje: W ciemnym zupełnie pokoju zawiązano im oczy. Po połączeniu z przyrządem ciemność ta stopniowo się rozpraszała tak, że mogli nietylko widzieć i rozpoznawać dokładnie przedmioty, ale i czytać drobny druk. Opuściłem mnóstwo rzeczy nieprawdopodobnie naiwnych, ale zwracam uwagę na jedną tylko okoliczność, że wszak sam Piotr Stiens i osoby uczestniczące w jego próbach, jakkolwiek znajdowały się w ciemnym zupełnie pokoju, to jednak były to osoby widzące, posiadające wrażliwe na światło siatkówki; oczywiście inaczejby było z osobami pozbawionemi wzroku, o czem zapomniał nietylko Stiens i osoby uczestniczące w próbach, ale i korespondent Kuryera warszawskiego. Przyrząd dla osób pozbawionych wzroku może być oparty na tłómaczeniu wrażeń wzrokowych na wrażenia innego zmysłu. Jeżeli osobnik nie może już okiem odczuwać przedmiotów, to należy dać mu możność odczuwania wrażeń wzrokowych przez słuch lub dotyk. Elektroftalm składa się z siatkówki selenowej, młynka elektrycznego, przy szybkim obrocie wydającego ton, i soczewki; przy uchu zaś płaski telefon. Ton odczuwany jest tylko wtedy, gdy przyrząd ustawiony jest na światły lub świecący przedmiot. Daje to możność i bez pomocy wzroku rozpoznawać, gdzie się znajduje światło i świecące przedmioty na ciemnem tle lub ciemne na jasnem tle. Światła są rozpoznawane jako wydające ton, ciemne na jasnem tle jako wydające ton tylko do granicy ciemnego przedmiotu i brak tonu w tem miejscu, gdzie się znajduje przedmiot ciemny. (Streszczenie własne).

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za zajmujący i pouczający odczyt i zamyka posiedzenie. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Otrzymujemy następującą odezwę, skierowaną do wszystkich Zarządów zdrojowych i lekarzy:

»Nasza literatura zdrojowa przedstawia materyał tak różnorodny i rozrzucony, nie objęty żadnym spisem, że tworzenie jakiejś pracy syntetycznej, porównawczej, czy monograficznej, spotkać się musi z wielkiemi trudnościami. Aby temu zapobiedz, należy wszystkie dzieła, tyczące się naszych zdrojowisk i uzdrowisk, zebrać w całość bibliograficzną. I to nietylko dzieła z zakresu medycyny, ale także fizyografii wogóle, etnografii, turystyki i t. p. Prócz dzieł naukowych tworzą dla badacza cenny materyał wszelkie zapiski, artykuły i wzmianki w prasie peryodycznej. Podpisany pracuje drugi rok nad zebraniem całego tego materyału. Bibliografia zdrojowisk i uzdrowisk, z całego obszaru ziem dawnej Rzeczypospolitej zebrana, wynosi już pokaźną liczbę przeszło 5000 dzieł. Duże jednak są jeszcze braki. Mimo kilkakrotne odezwy do Zarządów zdroj. otrzymał podpisany materyał bardzo skąpy lub w wielu przypadkach głos jego został bez odpowiedzi. Niniejszem zatem zwraca się podpisany do wszystkich Zarządów zdroj., właścicieli zdrojowisk i uzdrowisk z prośbą o ła-

skawe nadsyłanie mu materyału bibliograficznego, t. j. tytułu dzieła, nazwy autora, roku wydania, drukarni, ilości stron, formatu książki czy broszury lub numeru, nazwy i roku pisma, w którem się jakiś artykuł lub choćby wzmianka o danem zdrojowisku znajduje. Prócz tego prosi podpisany PP. lekarzy o podanie mu podobnych dat, dotyczących dzieł ich o zdrojowiskach. Wreszcie w imię rozwoju zdrojowisk naszych prosi podpisany o skrzętne notowanie wszelkich wzmianek i artykułów dziennikarskich, jakie się o zdrojowiskach naszych pojawiały i pojawiać będą. August Teodorowicz, dyrektor Szczawnicy«.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Bronisława Plachte z Krakowa.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału II. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 24. IV. b. r. znajdował się m. i. komunikat p. K. Stołyhwy: »W sprawie narodowości Dr J. Majera, pierwszego profesora antropologii na uniwersytecie krakowskim«.

— Towarzystwo higieniczne warszawskie ogłosiło swe sprawozdanie za r. 1913 w ostatnim zeszycie (Nr 4) »Zdrowia«. Z ważniejszych spraw, którémi Towarzystwo w roku tym się zajmowało, wymienić należy budowę własnego gmachu w Warszawie, budowę gospody, kąpieli i pralni dla pątników w Częstochowie z fundacyi p. Kierbedziowej i zorganizowanie wykładów, dotyczących strony higienicznej samorządu miejskiego, oraz ubezpieczenia robotników. Wydziały Towarzystwa w Warszawie i oddziały prowincyonalne pracowały podobnie, jak w latach poprzednich. Bilans Towarzystwa zamknięto kwotą 51.884 rb. rachunek strat i zysków kwotą 3426 rb. W ogrodach im. Raua było w r. 1913 — 842.097 dzieci (w r. 1912 — 813.929), ogrody te więc coraz więcej się rozwijają; takiż postęp wykazuje instytut higieny dziecięcej im. Lenvala. W sanatoryum w Rudce leczono 237 chorych; w sanatoryum tem rozpoczęto budowę drugiego skrzydła.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 20. IV. do 27. IV. 1914 przypadków: ospy 4 † —, płonicy — † —, róży — † —. Dr Trenkner.

Mianowani: patolog prof. Merkel z Erlangen profesorem medycyny sądowej w Monachium; higienista doc. Erlandsen i chirurg doc. Lendorf profesorami w Kopenhadze; fizyolog prof. Bethe z Kiel profesorem we Frankfurcie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. 1914. (Monachium, J. F. Lehmann). Zesz. 4. Cena 2 mk.

Kwietniowy, urologiczno-dermatologiczny zeszyt »Kursów«, zawiera w tym roku rozprawy następujące: 1) Prof. Meyer i Dr Jungmann: Unerwienie nerki. 2) Prof. Oberländer i Dr Böhme: Choroby sterczu. 3) Ciż: Przegląd urologiczny. 4) Prof. Joseph: Przegląd postępu dermatologii i syfilidologii. 5) Boltenstern: Przegląd za I kwartał 1914.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w kwietniu 1914.

Gazeta lekarska. Nr 14—18. Popielska i Schusterówna: Marskość zanikowa wątroby u dzieci na tle zatrucia alkoholem (14). — Sokołowski: W sprawie klasyfikacyi suchot płucnych (14). — Sterling: Odpowiedź na »Uwagi« Dr Sokołowskiego (14). — Kijewski: Ś. p. prof. Julian Kosiński (15). — Truszkowski: Przypadek zaciśnięcia jelit cienkich w całości (15). — Higier: Przyczynek do kliniki postaci rodzinnych choroby Wilsona i pseudosklerozy Westphal-Strümpla (16—17). — Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień zapobiegawczych według metody Pasteura w r. 1912. (16). — Wimut: Z powodu pracy Popielskiej i Szusterównej p. t. »Marskość zanikowa« etc. (16). — Malinowski: O dermatomykozach (17—18).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr 14—17. Solman: Ś. p. Julian Kosiński (14). — Danysz: Badania z chemoterapii. Połączenia soli srebra ze związkami arsenu w leczeniu świdrowic doświadczalnych u zwierząt i przymiotu u ludzi (14). — Higier: Przyczynek do rozpoznania różniczkowego rzadkich postaci kurczów tonicznych wieku dziecięcego (15). — Dobrowolski: Kilka słów o dziedzicznym przymiocie ucha (15). — Hirszfeld: Badania epidemiologiczne nad wolem nagminnem (16). — Zienkiewicz: Choroba Basedowa a gruczoły sutkowe (16). — Jakimiak: Z kazuistyki chirurgicznej (r. 1911/12) (16). — Biehler: Kilka słów w sprawie gojenia się ran u trędowatych (17).

Tygodnik lek. Nr 14—17. Mikulski: Badania nad tętnieniem mózgu człowieka (14—15). — Herman: Kilka wykładów o wolnem przeszczepianiu i o włączaniu w krążenie tkanek, gruczołów, narządów i kończyn (14—17). — Schusterówna: Przyczynek do kazuistyki guzów okolicy krzyżowej (16—17). — Selzer: O szczepionce Friedmanna jako środku leczniczym i ochronnym w gruźlicy (17).

Lekarz wileński. Nr 3: Ś. p. prof. Kosiński. — Sztolcman: Nowy pawilon izolacyjny przy szpitalu miejskim w Wilnie (z planem). — Przedpełska: Przypadek tężca u 9-letniego chłopca leczony surowicą przeciwtężcową. — Tupalski (dok.). — O reglamentacyi, jako środku walki z prostytucyą. — Zahorski: Ze sprawozdania Towarzystwa doraźnej pomocy w Wilnie.

Przegląd pedyatryczny, Tom VI. Zesz. 2.: Brudziński: Szpital im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. (Urządzenia i zarządzenia, związane z zapobieganiem chorobom zakaźnym). — Schoenaich: Śmiertelność w płonicy, a wiek dzieci. — Koral: Śmiertelność w płonicy, a wiek dzieci w szpitalu starozakonnych w Warszawie. — Bukowska: Przypadek płodowego zboczenia wzrostu chrząstek, powikłany objawami nabytego obrzęku śluzowatego.

Nowiny lek. Nr 4: Chłapowski: Kwestya alkoholowa ze stanowiska lekarskiego. — Dziembowski: O wpływie odżywczym ustroju nerwowego na organizm ludzki. — Palmirski: Cholera ze stanowiska epidemiologii, biologii i higieny publicznej.

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. Tom 110. Zesz. 1. Nowicki: Otwór górny klatki piersiowej w świetle badań anatomicznych i stosunek jego do gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego.

Przegląd higieniczny: Nr 4.: Kuhn: O zwalczaniu chorób zakaźnych.

Zdrowie. Nr 4. K. Zaleski: Dr Henryk Dobrzycki (życiorys). — Tuz: Działalność Dr H. Dobrzyckiego w Zakładzie sławuckim. — Mowy na pogrzebie Dr Dobrzyckiego. — Themerson: Inspekcya sanitarno-mieszkaniowa. — Hamczyk: Wyniki badania inteligencyi wychowańców zakładu w Studzieńcu. — Sprawozdanie warszawskiego Towarzystwa higienicznego za r. 1913.

Kronika dentyst. Nr 1.: Hofung (c. d.).

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 1. Wąsowicz: Wskazania lecznicze dla naszych zakładów zdrojowo-kąpielowych.

Głos lekarzy Nr 8. Prof. Mars: O stan zdrowotny kraju. — Deontologia zdrojowa.

Słowo lek. Nr 7. Klauber: Nowela do ustawy o podatku osobisto-dochodowym. — Kadyi: Sprawa lekarzy więziennych. — Kostanecki: Leonardo da Vinci jako anatom.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Walne zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się **dnia 23. maja 1914** o godzinie 6 wieczorem **we Lwowie,** w lokalu polikliniki powszechnej (ul. Lindego 5). Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie z ubiegłego roku, sekretarz Dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr Świątkiewicz. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Wniosek wydziału w sprawie przyjmowania kobiet-lekarek. 5) Ewentualne wnioski członków. W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Dr Lilien, sekretarz. Dr Papée, przewodniczący.